

Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien arvioimana: pitkittäistutkimus yhden yliopistosairaalan erityisvastuualueella

ELINA TURUNEN

TtM, TtT-opiskelija, projektikoordinaattori
Itä-Suomen yliopisto
Hoitotieteen laitos
Kuopion yliopistollinen sairaala

RAIJA MÄNTYNEN

TtT, tutkija
Itä-Suomen yliopisto
Hoitotieteen laitos

TARJA KVIST

TtT, yliopistotutkija
Itä-Suomen yliopisto
Hoitotieteen laitos

MERJA MIETTINEN

FT, dosentti, hallintoylihoitaja
Kuopion yliopistollinen sairaala

KATRI VEHVILÄINEN-JULKUNEN

THT, professori, ylihoitaja (sv)
Itä-Suomen yliopisto
Hoitotieteen laitos
Kuopion yliopistollinen sairaala

HANNELE TURUNEN

TtT, professori, ylihoitaja (sv)
Itä-Suomen yliopisto
Hoitotieteen laitos
Kuopion yliopistollinen sairaala

PIRJO PARTANEN

TtT, yliopistonlehtori
Itä-Suomen yliopisto
Hoitotieteen laitos

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilasturvallisuuskulttuuria sairaanhoitajien arvioimana erikoissairaanhoidossa. Tutkimuksessa toteutettiin alkumittaus ja kolmen vuoden kuluu-
ttaa tehty uusintamittaus.

Tutkimusaineisto kerättiin sairaanhoitajilta vuosina 2008 (n = 722) ja 2011 (n = 1210) Hospital Survey on Patient Safety Culture -kyselylomakkeen suomennetulla versiolla, joka sisälsi 12 potilasturvallisuuskulttuuria mittaavaa osaluuetta. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin ja tulokset esitetään potilasturvallisuuden kannalta myönteisten vastausten prosenttiosuuksina sekä arviointiskaalan keskiarvoina.

Sairaanhoitajat arvioivat molempina vuosina potilasturvallisuuden kannalta myönteisimmän osa-alueita: tiimityöskentely omassa yksikössä (68–72 %), lähijohtajan toiminta ja odotukset potilasturvallisuudessa (61–62 %) sekä kommunikaation avoimuus omassa yksikössä (57–55 %).

ABSTRACT

Registered nurses' evaluations of patient safety culture in acute care hospitals – a longitudinal study in one university hospital's responsibility area

*Elina Turunen, MNSc, PhD-student
Raija Mäntynen, PhD, researcher
Tarja Kvist, PhD, university researcher
Merja Miettinen, PhD, adjunct professor
Katri Vehviläinen-Julkunen, PhD, professor
Hannele Turunen, PhD, professor
Pirjo Partanen, PhD, university lecturer*

The aim of this study was to describe registered nurses' (RN) evaluations on patient safety culture (PSC) in acute care. In the study one measurement was executed in the beginning and one after a three years follow-up period.

The data were collected in 2008 (n = 722) and in 2011 (n = 1210) using a Finnish version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire including 12 dimensions of PSC. The data were analyzed statistically and the results are presented as average percentages of the positive responses and as means of the evaluation scale.

Potilasturvallisuuden kannalta kriittisimpinä osa-alueina sairaanhoitajat pitivät työvuorojen vaihtoja ja siirtymisiä (41–38 %), palautetta ja kommunikaaatiota vaaratapahtumista (36 %) sekä sairaalan johdon tukea potilasturvallisuudelle (28–32 %). Myös yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta (37–42 %) olivat kriittiset. Arviot potilasturvallisuuskulttuurista kehittyivät kokonaisuutena jonkin verran myönteisempään suuntaan, myönteisten vastausten osuuden ollessa alkumittauksessa keskimäärin 46 % ja uusintamittauksessa 49 %. Vahvan potilasturvallisuuskulttuurin tasolle ei yltänyt yksikään mittarin 12 osa-alueesta.

Jatkossa potilasturvallisuuskulttuuriin ja sen kokonaisvaltaiseen vahvistamiseen tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota. Erityisesti tulee kehittää vaaratapahtumiin liittyvää kommunikointia ja palautteen systemaattisuutta, sekä johdon tietoista vastuunottoa potilasturvallisuuskulttuurin johtamisessa.

Asiasanat: Potilasturvallisuus, potilasturvallisuuskulttuuri, sairaanhoitajat, sairaalat

RNs evaluated in both years most positively the dimensions: teamwork within the unit (68–72 %), supervisor/manager expectations and actions promoting patient safety (61–62 %), as well as communication openness in the unit (57–55 %). Most critical areas from the point of patient safety were hospital handoffs and transitions (41–38 %), feedback and communications about error (36 %), as well as hospital management support for patient safety (28–32 %). Also, the overall perceptions of safety were critical (37–42 %). As a whole, the evaluations on PSC showed some positive progress, as the share of positive responses were in the beginning on average 46 % and in the second measurement 49 %. Strong PSC level was not achieved at any of the 12 PSC dimensions.

In future more emphasis should be paid on patient safety culture and its comprehensive development. Especially the communication and systematic feedback related to errors needs further development, as well as the conscious accountability of managers for leading patient safety culture.

Key words: Patient safety, patient safety culture, registered nurses, hospitals

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?

- Vahva potilasturvallisuuskulttuuri on olennainen tekijä potilasturvallisuuden ja laadukkaan hoitotyön toteuttamisessa.
- Sairaanhoitajat ovat keskeisessä roolissa potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisessä sairaaloissaan.
- Potilasturvallisuuskulttuurista on kansainvälistä pääosin poikkileikkaustutkimustietoa, jossa on tunnistettu vahvuuksia ja kehittämistä vaativia osa-alueita, mutta seurantatietoa kulttuurin muutoksesta on kansainvälisestäkin raportoitu niukasti.

Mitä uutta tutkimus tuo

- Tutkimuksessa tuotettiin kansallista tietoa potilasturvallisuuskulttuurin tasosta, vahvuuksista ja kehittämistä vaativista osa-alueista erikoissairaanhoidossa sairaanhoitajien arvioimana.
- Tutkimus osoitti potilasturvallisuuskulttuurissa tapahtuneen useilla osa-alueilla muutoksia myönteiseen suuntaan kolmen vuoden seuranta-aikana.
- Tutkimuksessa käytettiin kansainvälisesti testattua potilasturvallisuuskulttuurin arviointimittaria ja raportoitiin saatuja tuloksia ensimmäistä kertaa Suomessa mahdollistaen siten tulosten kansainvälisen vertailun.

Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutukselle ja/tai johtamiselle?

- Potilasturvallisuuskulttuurin mittaamista kannattaa tehdä säännöllisesti kulttuurissa tapahtuvien muutosten ja tehtyjen interventioiden vaikutusten arvioimiseksi.
- Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää toimintatapojen kehittämiseksi hoidon laadun ja potilasturvallisuuden näkökulmasta.
- Tulokset ovat hyödynnettävissä johtamisen tukena, kehitettäessä ja vahvistaessa sairaalaorganisaatioiden potilasturvallisuuskulttuuria organisaatio- ja yksikkötasolla.

Tutkimuksen lähtökohdat

Potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisen tausta

Potilasturvallisuus (patient safety) tarkoittaa terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joilla varmistetaan hoidon turvallisuus ja potilaan vahingoittumattomuus. Potilaan näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, että potilas saa tarvitsemansa oikean hoidon, josta hänelle aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua, kattaen hoidon turvallisuuden, lääketurvallisuuden sekä laiteturvallisuuden. (STM 2009.) Siinä korostuu virheiden ennaltaehkäisy, potilaan hoidossa tapahtuneiden virheiden kirjaaminen ja raportointi sekä virheeseen johtaneiden syiden selvittäminen ja niistä oppiminen (THL 2011).

Potilasturvallisuus nousi maailmanlaajuisesti keskeiseksi huomion ja kehittämisen kohteeksi Institute of Medicine'n julkaistua vuonna 1999 'maamerkki' raporttinsa "To Err Is Human – Building a safer health care system" (Kohn ym. 1999). Raportissa esitettiin tutkimuksiin perustuen Yhdysvalloissa kuolevan vuosittain jopa 98 000 ihmistä erilaisten hoitovirheiden seurauksena, joista suurimman osan arvioitiin olevan ehkäistäviä. Esitettiin lukuihin perustuen Suomessa laskettiin hoitovirheiden seurauksena kuolevan vuosittain 700–1700 potilasta (Pasternack 2006, Rintanen ym. 2010).

Maailmanlaajuisen potilasturvallisuustyön aikaansaamiseksi WHO perusti vuonna 2004 World Alliance for Patient Safety -ohjelman (WHO 2014). Eurooppaan perustettiin vuonna 2008 European Union Network for Patient Safety -verkosto, jonka tarkoituksena oli potilasturvallisuuteen liittyvän tiedon jakaminen ja yhteistyön kehittäminen (EUNetPaS 2010). Suomessa kansallisen potilasturvallisuusstrategian (STM 2009) tarkoituksena on ohjata sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin ja edistää sen toteutumista. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja sitä täydentävä asetus (STM 2011, 341/2011) vel-

voittavat terveydenhuollon organisaatioita laatimaan suunnitelman laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta.

Potilasturvallisuuden kehittämisen edellytys on vahva turvallisuuskulttuuri, millä tarkoitetaan organisaatiossa vallitsevaa kykyä ja tahtoa ymmärtää, mitä turvallinen toiminta on, millaisia vaaroja organisaation toimintaan liittyy, ja miten niitä voidaan ehkäistä ja käsitellä. Potilasturvallisuuskulttuurissa yhdistyvät henkilöstön kokemukset ja näkemykset, työyhteisön sosiaaliset ilmiöt sekä organisaation toimintaprosessit. (Kirk ym. 2007, Pietikäinen ym. 2008, Reiman ym. 2009, THL 2011.) Potilasturvallisuuskulttuuri koostuu potilaiden turvallista hoitoa edistävästä systemaattisista toimintatavoista, arvoista, asenteista ja johtamisesta (STM 2009).

Vahvassa potilasturvallisuuskulttuurissa organisaation koko henkilöstö on tietoinen uhkaavista haittatapahtumista, raportoi ja oppii niistä. Vahvan potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen edellyttää selkeää näkemystä kehittämistä vaativista asioista ja johdon sitoutumista. (Hellings ym. 2007.) Avoin tiedottaminen, henkilöstön tasavertainen ja reilu kohtelu virheen tapahtuessa on olennaista vahvassa potilasturvallisuuskulttuurissa. Huomion kiinnittäminen koko järjestelmän näkökulmaan ja rakenteellisiin puutteisiin yksittäisenkin virheen kohdalla, auttaa koko organisaatiota oppimaan virheistä. (AHRQ Patient Safety Network 2014.) Äskettäin julkaistun kansainvälisen systemaattisen katsauksen (Parand ym. 2014) tulosten mukaan johdon rooli laadun ja potilasturvallisuuden johtamisessa oli vielä passiivinen. Laatua ja potilasturvallisuutta ei priorisoitu johtoryhmätyöskentelyssä ja keskijohdossa, eikä niiden käsittelyyn käytetty riittävästi aikaa.

Sairaanhoitajien rooli potilasturvallisuuskulttuurissa

Sairaanhoitajat terveydenhuollon lukumääräisesti suurimpana ammattiryhmänä työskentelevät jatkuvassa lähikontaktissa potilaiden kanssa, ja ovat siten hyviä tiedonantajia potilasturvallisuuden arvioimi-

nessa organisaatioissaan (Page 2004, Groves ym. 2011, Morath 2011). Feng'in ja tutkijakollegoiden (2011) mukaan sairaanhoitajat ovat myös hyvin sitoutuneita potilasturvallisuuteen; yliopistosairaalassa työskentelevien sairaanhoitajien potilasturvallisuuteen sitoutumisen keskiarvo oli 8,32 (visuaalisella asteikolla 1 = heikoin – 10 = paras).

Potilasturvallisuuden kannalta on tärkeää, että sairaanhoitajat ja hoitotyön johtajat ymmärtävät ja ovat tietoisia tehtävänsä merkityksestä potilasturvallisuuskulttuurin muodostumisessa (Groves ym. 2011). Hoitohenkilöstön ja hoitotyön johdon näkemykset sairaalan potilasturvallisuuskulttuurin toteutumisesta poikkeavat (Kvist ym. 2013, Turunen ym. 2013). Vahvan potilasturvallisuuskulttuurin saavuttamiseksi tarvitaan hyvää kommunikaatiota ja yhteistyötä johdon ja potilashoidon ammattilaisten kesken (Kirk ym. 2007, Morath 2011).

Potilasturvallisuuskulttuurin arviointi

Potilasturvallisuuskulttuuria on kuluneen vuosikymmenen aikana arvioitu erilaisin mittarein ja pääosin akuuttisairaala-ympäristöissä. Arviointiin on kehitetty useita mittareita, joista käytetyimmät ovat Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) -mittari ja Safety Attitude Questionnaire (EUNet-Pas 2010). Organisaation potilasturvallisuuskulttuurin arvioiminen on ensimmäinen askel vahvan ja johdonmukaisen potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisessä. Mittaustuloksia voidaan käyttää vallitsevan potilasturvallisuuskulttuurin tilan määrittämiseen, potilasturvallisuusinterventioiden sekä -ohjelmien vaikuttavuuden arvioimiseen, kulttuurimuutoksen trendin seuraamiseen ajan saatossa sekä vertaisarviointiin muiden sairaaloiden välillä. Mittaus sinänsä toimii jo potilasturvallisuuskulttuuria edistävänä interventiona, kiinnittäessään henkilöstön huomiota potilasturvallisuuden kannalta tärkeisiin asioihin. (Sorra & Dyer 2010.)

Pisimmät perinteet potilasturvallisuuskulttuurin arvioimiseen on Yhdysvalloissa, jossa sairaaloiden potilasturvallisuuskulttuuria on systemaattisesti seurattu vuodesta 2004 alkaen HSPSC-mittarilla. Seurantamit-

taustulosten perusteella näyttää siltä, että potilasturvallisuuskulttuuri on kehittynyt myönteiseen suuntaan. Esimerkiksi viimeisessä mittauksessa (Sorra ym. 2014) sairaanhoitajat arvioivat kaikki osa-alueet 1–3 % paremmiksi kuin edellisessä mittauksessa (Sorra ym. 2012).

Taulukkoon 1 on koottu joitakin esimerkkejä aikaisemmista HSPSC –mittarilla raportoiduista kansainvälisistä tutkimustuloksista, joissa potilasturvallisuuskulttuuria on arvioitu sairaanhoitajien näkökulmasta. Yleisesti vahvoina potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueina pidetään arvioiteja, joissa myönteiset arviot ovat 75 % tai sen yli (Sorra & Nieva 2004). Tutkimuksissa vahvaksi tai sitä lähestyväksi osa-alueeksi on useimmiten raportoitu tiimityöskentely omassa yksikössä (70–82 %). Myös lähijohdajan odotukset ja toiminta potilasturvallisuudessa on saanut vahvaa potilasturvallisuuden tasoa lähenteleviä arvioiteja. Kuten myös osa-alue oppiminen ja jatkuva kehittäminen, joka on myös arvioitu useissa tutkimuksissa hyvälle tasolle.

Kriittisinä, kehittämistä vaativina, pidetään niitä osa-alueita, joissa myönteisten arviointien osuus on 50 % tai alle (Sorra & Nieva 2004). Sairaanhoitajien arvioimina näitä ovat ei-rankaiseva virheiden käsittely (21–49 %) ja työvuorojen vaihdot ja siirtymiset (22–43 %). Runsasta vaihtelua esiintyy joidenkin osa-alueiden arvioinneissa, kuten esimerkiksi johdon tuen kohdalla, jossa myönteisten vastausten osuus vaihteli (26–90 %). Myös vaaratapahtumien raportoinnin systemaattisuudessa oli paljon vaihtelua (18–66 %). (Taulukko 1.)

Laskettaessa Taulukossa 1 esitetyille tutkimuksille keskiarvoprosentit potilasturvallisuuskulttuurin 12 osa-alueen arvioinneista nähdään, että potilasturvallisuuskulttuurin myönteiset kokonaisarviointit vaihtelevat tutkimuksissa välillä 52–64 %. Näyttää siltä, että mitä suuremmista aineistoista on kyse, sitä myönteisemmät ovat sairaanhoitajien näkemykset. Toki myös mittauksen toistuvuus kymmenen vuoden ajalla ja huomion kiinnittäminen asiaan on todennäköisesti vaikuttanut yhdysvaltaisten sairaaloiden muita positiivisempiin tuloksiin (Sorra ym. 2014).

Taulukko 1. Aikaisemmin raportoituja HSPSC-mittarin tuloksia potilasturvallisuuskulttuurista sairaanhoitajien arvioimana, positiivisten vastausten osuus (%).

Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alue	Sorra ym. 2014 USA (n = 86 691*)	Aboshaiqah & Baker 2013 Saudi Arabia (n = 498)	Ballangrud ym. 2012 Norja (n = 220)	Armellino ym. 2010 USA (n = 102)
Tiimityöskentely työyksikössä	82	70	81	74
Kommunikaation avoimuus	61	36	67	61
Yksiköiden välinen tiimityö	59	55	38	42
Työvuorojen vaihdot ja siirtymiset	50	22	57	43
Lähijohtajan odotukset ja toiminta potilasturvallisuuden edistämiseksi	75	49	73	69
Johdon tuki potilasturvallisuudelle	68	90	26	52
Henkilöstömitoitus	57	54	62	39
Oppiminen ja jatkuva kehittäminen	74	82	51	68
Yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta	62	52	69	50
Ei-rankaiseva virheiden käsittely	45	49	79	21
Palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen	64	67	42	60
Vaaratapahtumien raportointi	66	61	18	48
YHTEENSÄ (keskiarvo-%)	64	57	55	52

* mukana myös lähihoitajat ja vastaavat

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilasturvallisuuskulttuuria sairaanhoitajien arvioimana erikoissairaanhoidossa. Tutkimuksessa toteutettiin alkumittaus ja kolmen vuoden kuluttua tehty uusintamittaus.

1. Millaiseksi sairaanhoitajat arvioivat potilasturvallisuuskulttuurin eri osa-alueilla alku- ja uusintamittauksessa?
2. Millaisia muutoksia sairaalan potilasturvallisuuskulttuurissa oli sairaanhoitajien arviointien mukaan tapahtunut kolmen vuoden aikana?

Aineisto ja menetelmät

Tutkimus kuuluu Potilasturvallisuuskulttuuri-hankkeeseen, joka puolestaan liittyy

laajempaan Itä-Suomen yliopiston ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin Vetovoimainen ja turvallinen sairaala (At Safe) tutkimus- ja kehittämishankkeeseen (UEF 2014).

Tutkimusaineisto

Tutkimusaineisto on kerätty verkkokyselyyn yhden yliopistosairaalan erityisvastuualueen (ERVA) neljässä organisaatiossa sairaalahenkilöstöltä vuosina 2008 ja 2011. Tässä artikkelissa raportoidaan sairaanhoitajien arviointien tulokset. Koska potilasturvallisuuden kehittäminen liittyi ERVA-alueen sairaaloiden omiin painopisteisiin, niin tutkimus tehtiin kokonaistutkimuksena, jolloin sairaalahenkilöstöllä oli laajasti mahdollisuus osallistua kyselyyn. Tutkimuksesta tiedotettiin kunkin organisaation olemassa olevien käytäntöjen mukaisesti, joko henkilökohtaisilla sähköpostiviesteillä ja/tai

sairaalan intranetin kautta, sekä myös eri henkilöstöryhmien kokouksissa. Linkki sähköiseen kyselylomakkeeseen aukesi joko suoraan henkilökohtaisesta sähköpostiviestistä tai sairaalan intranetistä, jonka osoite ilmoitettiin viestissä.

Sairaanhoitajien osuus sairaalahenkilöstöstä oli koko ERVA-alueella molempina vuosina noin 4600, ja vastauksia annettiin ensimmäisenä vuonna 722 (vastausprosentti 16) ja toisena vuonna 1210 (vastausprosentti 26).

Tutkimuksessa käytetty mittari

Tässä tutkimuksessa käytetty kyselylomake pohjautuu amerikkalaiseen kansainvälisesti testattuun Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) -yksikön julkaisemaan Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) -mittariin (Sorra & Nieva 2004). Mittari on käännetty 18 eri kielelle ja se on ollut käytössä yli kolmessakymmenessä eri maassa. Mittari soveltuu potilasturvallisuuskulttuurin mittaamiseen sairaala-, yksikkö- ja yksilötasolla, ja sen vahvuutena on pidetty sen kykyä määrittää lukuisia potilasturvallisuuteen vaikuttavia avaintekijöitä organisaation eri tasoilla. (Smits ym. 2008, Sorra & Dyer 2010.)

Tätä tutkimusta varten mittari muokattiin termistöltään suomalaisen terveydenhuollon toimintaympäristöön soveltuvaksi ja suomennettiin tutkimusryhmässä. Taustatietoihin lisättiin kysymys osaamisen kehittämisen mahdollisuuksista organisaatiossa. Sen jälkeen mittari tarkistutettiin kielenkääntäjällä ja käännettiin takaisin englanniksi toisella kielenkääntäjällä (kaksoskäännös). Käännösten välillä tutkimusryhmässä tarkastettiin asiasisältöjen säilyminen oikeina.

Mittari sisältää vastaajaan ja organisaation liittyviä taustatietokysymyksiä (12 kysymystä) sekä 42 pääosin likert-asteikollista (skaala 1–5, keskeellä neutraali vaihtoehto) väittämää yhteensä 12 potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueella. Mittarin yksikkötason osa-alueita (yhteensä 9) ovat: tiimityöskentely työyksikössä (4 väittämää), kommunikaation avoimuus (3 väittämää), lähijoh-

tajan odotukset ja toiminta potilasturvallisuuden edistämiseksi (4 väittämää), yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta (4 väittämää), henkilöstömitoitus (4 väittämää), vaaratapahtumien raportointi (3 muuttujaa), palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen (3 väittämää), ei-rankaiseva virheiden käsittely (3 väittämää) ja oppiminen ja jatkuva kehittäminen (3 väittämää).

Sairaalatason osa-alueita on mittarissa kolme: yksiköiden välinen tiimityö (4 väittämää), työvuorojen vaihdot ja siirtymiset (4 väittämää) ja johdon tuki potilasturvallisuudelle (3 väittämää).

Lisäksi mittarissa on kaksi tulosmuuttujakysymystä, joista toinen koskee vastaajan arviota potilasturvallisuuden tasosta omassa työyksikössään asteikolla 1–5 (1 = ei hyväksyttävä, 2 = huono, 3 = hyväksyttävä, 4 = erittäin hyvä, 5 = erinomainen). Toinen kysymys koskee vaaratapahtumien raportointia viimeisen 12 kuukauden aikana asteikolla 1–5 (1 = ei raportointia, 2 = 1–2 raporttia, 3 = 3–5 raporttia, 4 = 6–10 raporttia ja 5 = 11 raporttia tai enemmän. (Sorra & Nieva 2004, Turunen ym. 2013.)

Tutkimusaineiston käsittely ja analyysi

Aineisto on käsitelty ja analysoitu SPSS for Windows, versio 19.0 -tilastollisella ohjelmalla.

Sairaanhoitajien taustamuuttujat esitetään prosentteina, samoin arviot potilasturvallisuuden tasosta, sekä vaaratapahtumien raportoisesta. Arviot potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueista esitetään väittämien positiivisten vastausten prosenttiosuuksina, kuten myös AHRQ tekee raporteissaan (Sorra & Nieva 2004). Prosenttiosuudet on muodostettu laskemalla yhteen osa-alueita mittaavien väittämien potilasturvallisuuden kannalta positiivisten vastausten (samaa mieltä/täysin samaa mieltä) prosentit ja laskemalla niistä prosentuaalinen keskiarvo. Osa väittämistä on kielteisesti ilmaistu (esimerkiksi: Henkilökunta ei rohkene kysyä asioista, jotka eivät näytä olevan oikein), jolloin vastausasteikko on käännetty ennen prosenttiosuuksien yhdistämistä. Vahvana potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueena

pidetään tasoa, jossa positiivisten vastausten osuus on 75 prosenttia tai yli. Kriittiseksi, kehittämistoimenpiteitä tarvitseväksi, nimetään osa-alue, jossa positiivisten vastausten osuus on 50 prosenttia tai vähemmän. (Sorra & Nieva 2004, Sorra ym. 2014.) Lisäksi tässä tutkimuksessa on laskettu em. osa-alueittaisista prosentiosuuksista koko aineiston tasolla yhteinen potilasturvallisuuskulttuurin myönteisten vastausosuuksien keskiarvoprosentti. Tulokset esitetään koko ERVA-alueen tasolla, sairaala- tai yksikkökohtaisia tuloksia ei tässä artikkelissa tarkastella.

Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueiden myönteisten prosentiosuuksien trendiverailussa 2008 ja 2011 välillä käytettiin AHRQ:n (Sorra ym. 2012) mukaisia raja-arvoja, joiden mukaan kiinnitetään huomiota viiden tai sen yli menevien prosenttiyksikön siirtymiin myönteiseen tai kielteiseen suuntaan. Potilasturvallisuuden tason ja vaaratapahtumien raportoinnin muutoksen prosentuaalisessa keskiarvojen erojen arvioinnissa käytettiin ristiintaulukointia, ja keskiarvojen eroja testattiin Mann-Whitney'n U -testillä.

Eettiset näkökohdat

Tutkimukselle on saatu tutkimuseettisen toimikunnan puoltava lausunto (Sairaanhoitopiirin tutkimuseettinen toimikunta 2007), sekä sairaalakohtaiset tutkimusluvut. Tutkimukseen osallistuvia henkilöitä on tiedotettu sähköisen kyselyn saatteessa tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta, sekä saatujen tietojen luottamuksellisesta käyttämisestä. Tutkimusaineisto on käsitelty siten, ettei vastaajan tunnistaminen ole mahdollista. (TENK 2012.)

Tulokset

Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista valtaosa oli naisia (89 % vuonna 2008 vs. 90 % vuonna 2011). Lähes kaikki työsken-

telivät välittömässä vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa (97 % vs. 98 %), ja suurin ryhmä oli sairaaloiden vuodeosastoilla työskentelevät sairaanhoitajat (45 % vs. 40 %). Toimenpide- ja tutkimusyksikössä työskentelevien osuus oli suurempi jälkimmäisessä kyselyssä (22 %) kuin ensimmäisessä (8 %). (Taulukko 2.)

Reilusti yli puolella sairaanhoitajista oli yli kymmenen vuoden työkokemus ammatissaan (59 % vs. 57 %). Lähes kolmasosa vastaajista oli työskennellyt nykyisessä organisaatiossaan alle kuusi vuotta (32 % vs. 33 %), ja vajaa puolet oli työskennellyt nykyisessä työyksikössään alle kuusi vuotta (47 % vs. 47 %). (Taulukko 2.)

Sairaanhoitajien arviot sairaalan potilasturvallisuuskulttuurista eri vuosina ja muutos ajassa

Taulukossa 3 esitetään osa-aluekohtaiset tulokset ja niiden muutokset. Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueiden myönteiset arvioinnit vaihtelivat alkumittauksessa välillä 28–68 % ja kolmen vuoden uusintamittauksessa välillä 32–72 % Vahvan potilasturvallisuuskulttuurin (75 % tai yli myönteisiä arviointeja) tasolle ei yltänyt yksikään osa-alue. Sairaalatason osa-alueiden myönteisten arviointien keskimääräiset prosenttiosuudet olivat molempina vuosina (40 % vs. 41 %) heikommät kuin yksikkötason arvioinnit (48 % vs. 52 %). Kokonaisuutena sairaanhoitajien arvioiden mukaan potilasturvallisuuskulttuuri vahvistui seuranta-aikana; ensimmäisessä mittauksessa osa-alueiden myönteisten vastausten prosentuaalinen keskiarvo oli 46 % ja jälkimmäisessä mittauksessa 49 %. Muutos oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0,047$) osa-alueiden keskiarvoja tarkasteltaessa. (Taulukko 3.)

Myönteisimmin sairaanhoitajat arvioivat osa-aluetta 'tiimityö omassa yksikössä', joka jälkimmäisessä mittauksessa lähestyi jo vahvan potilasturvallisuuskulttuurin raja-arvoa (68 % 2008 vs. 72 % 2011) (Taulukko 3). Osa-alueen väittäjä 'henkilöt tukevat toinen toisiaan tässä yksikössä' sai korkeimmat arvioinnit koko mittarissa (78 %, vs. 84 %). Myös 'lähijohdon odotukset ja toi-

Taulukko 2. Sairaanhoitajien taustatiedot (n, %).

Taustamuuttuja	Vuosi 2008 (n = 711–722)	Vuosi 2011 (n = 1182–1207)
Sukupuoli		
Naisia	89	90
Miehiä	11	10
Välitön vuorovaikutus potilaiden kanssa		
Kyllä	97	98
Ei	3	2
Työskentelyalue		
Vuodeosasto	45	40
Ajanvarauspoliklinikka	12	14
Päivystyspoliklinikka	6	6
Toimenpide- tai tutkimusyksikkö	8	22
Tehostetun hoidon yksikkö	10	5
Muu	19	13
Nykyisessä työyksikössä työskennelty aika		
alle 6 vuotta	47	47
6–10 vuotta	20	20
11–15 vuotta	12	10
16 vuotta tai enemmän	21	23
Nykyisessä ammatissa työskennelty aika		
alle 6 vuotta	20	24
6–10 vuotta	21	19
11–15 vuotta	19	19
16 vuotta tai enemmän	40	38
Nykyisessä sairaalassa työskennelty aika		
alle 6 vuotta	32	33
6–10 vuotta	19	19
11–15 vuotta	12	13
16 vuotta tai enemmän	37	35

minta potilasturvallisuudessa' osa-alue arvioitiin suhteellisen hyväksi molemmilla mittauseroilla (61 % vs. 62 %). Esimerkiksi väittämä 'esimieheni jättää huomioimatta potilasturvallisuusongelmia niiden toistumisesta huolimatta' ei pitänyt paikkaansa suurimman osan mielestä (70 % vs. 73 %). Toisaalta vastaajat arvioivat kriittisesti palautteen antamista: 'esimieheni antaa myönteistä palautetta, kun hän huomaa, että työ on tehty potilasturvallisesti' (43 % vs. 40 %).

'Kommunikaation avoimuus' *osa-aluetta* arvioitiin myös jossain määrin myönteisesti

(57 % vs. 55 %) (Taulukko 3). Esimerkiksi väittämässä 'henkilökunta kokee voivansa vapaasti kysyä johtajilta heidän päätöksistään ja toimistaan' myönteisten arviointien osuus jäi kriittiselle puolelle (44 % vs. 42 %). Kun taas väittämän 'henkilökunta ei rohkene kysyä asioista, jotka eivät näytä olevan oikein' paikkansa pitävyydestä oltiin yleisesti eri mieltä (63 % vs. 68 %).

'Yksiköiden välinen tiimitys' osa-alue arvioitiin niukasti myönteisen puolelle molempina vuosina (51 % vs. 52 %). (Taulukko 3.) Esimerkiksi väittämästä 'sairaalan toisten

yksiköiden henkilökunnan kanssa on usein epämiellyttävää työskennellä' oltiin vahvasti eri mieltä (71 % vs. 72 %). Väittämässä 'sairaalan eri yksiköt eivät toimi hyvässä yhteistyössä/koordinaatiossa' myönteiset arvioinnit olivat niukat (28 % vs. 27 %).

Kaikki muut potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueet jäivät sairaanhoitajien arvioissa kehittämistä vaativiksi, myönteisten vastausten osuuden ollessa 50 % tai alle. Kriittisimmät arvioinnit potilasturvallisuuden kannalta sai osa-alue 'johdon tuki potilasturvallisuudelle', myönteisten arvioiden osuuden ollessa ensimmäisessä mittauksessa 28 % ja toisessa 32 %. (Taulukko 3.) Vastaajien potilasturvallisuuden kannalta myönteiset arvioinnit esimerkiksi väittämässä 'sairaalan johto osoittaa kiinnostusta potilasturvallisuuteen ainoastaan kun vaaratapahtuma on sattunut' jäivät niukoiksi (25 % vs. 26 %).

'Henkilöstömitoitus' osa-aluetta arvioitiin kriittisesti molempina vuosina, tosin seuranta-aikana tapahtui selvää muutosta (7 %) myönteisempään suuntaan (44 % vs. 51 %). Keskiarvotarkastelussa muutos oli myös tilastollisesti merkitsevä. (Taulukko 3.) Myönteinen kehitys suunta näkyi esimerkiksi väittämässä 'meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärään nähden' jossa positiivista muutosta oli tapahtunut 10 % (27 % vs. 37 %), joskin taso edellyttää vielä kehittämistä.

Sairaanhoitajien arvioinnit osa-alueesta 'oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa' olivat molempina vuosina samalla kehittämistä vaativalla tasolla (49 % vs. 49 %) (Taulukko 3). Esimerkiksi varsin myönteisesti arvioitiin yksittäistä väittämää 'toimimme aktiivisesti parantaaksemme potilasturvallisuutta' (69 % vs. 65 %), mutta kuitenkin väittämän 'virheet ovat täällä johtaneet myönteisiin muutoksiin' arviointi jäi selvästi kriittiselle puolelle, vaikka kehitystä myönteiseen suuntaan olikin tapahtunut (36 % vs. 40 %).

Vastaajien 'yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta' osa-alue sai kriittiset arvioinnit (37 % vs. 42 %), joskin tilastollisesti selvää kehitystä myönteiseen suuntaan (5 %) tapahtui seuranta-aikana (Taulukko 3). Esimerkiksi väittämässä 'on vain sattumaa,

ettei täällä satu vakavampia virheitä' arviot olivat kriittiset, kuitenkin selvää kehitystä myönteisempään suuntaan oli tapahtunut (43 % vs. 50 %). Väittämässä 'toimintaprosessimme ja järjestelmämme estävät hyvin poikkeamien synnyn (23 % vs. 27 %) arviot olivat erittäin kriittiset.

Osa-alueella 'ei-rankaiseva virheiden käsittely' tapahtui myös tilastollisesti merkitsevää muutosta (9 %) myönteiseen suuntaan (42 % vs. 51 %, $p=0,000$), vaikka osa-alueella onkin vielä tarvetta kehittämiseen (Taulukko 3.) Esimerkiksi väittämässä 'henkilökunta kokee, että heidän virheensä kääntyvät heitä vastaan' myönteistä kehitystä tapahtui ajassa selvästi (39 % vs. 47 %). Samaten potilasturvallisuuskulttuurin kannalta positiivista kehitystä näkyi väittämän 'henkilökuntaa huolestuttaa, että heidän tekemänsä virheet näkyvät heidän henkilökohtaisissa tiedoissaan' arvioinneissa (44 % vs. 53 %).

'Palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen' osa-aluetta arvioitiin erittäin kriittisesti molempina vuosina, vain reilun kolmanneksen arvioidessa aluetta myönteisesti (36 % vs. 36 %). Koko kyselyn eniten kehittämistä vaativa yksittäinen väittämä löytyy tältä osa-alueelta: 'saamme palautetta vaaratapahtumaraporttien pohjalta tehdyistä muutoksista' (20 % vs. 18 %).

Myös osa-aluetta 'vaaratapahtumien raportointi' sairaanhoitajat arvioivat jokseenkin kriittisesti (41 % vs. 47 %), joskin tällä osa-alueella tapahtui seuranta-aikana selvää (6 %) kehitystä myönteiseen suuntaan. Ero oli keskiarvoja tarkastellen tilastollisesti merkitsevä ($p=0,001$). (Taulukko 3.)

Potilasturvallisuuden taso ja raportoidut vaaratapahtumat vuosina 2008 ja 2011

Sairaanhoitajien arvioinneissa potilasturvallisuuden tasosta tapahtui arviointiskaalan sisällä siirtymää kohti keskitasoista arviointia (49,2 % vs. 58,2 %), ja molempiin ääripäihin sijoitettava arviointia oli vähemmän (Taulukko 4). Kokonaisuutena potilasturvallisuuden tason arviointi pysyi seuranta-aikana lähes samana tulosten keskiarvoja tarkastellen (3,36 vs. 3,34).

Taulukko 3. Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueet sairaanhoitajien arvioimana, positiivisten vastausten osuus (%) ja keskiarvojen tilastollinen vertailu vuosien 2008 ja 2011 välillä sekä Cronbachin alfa-kertoimet.

Osa-alue	Positiivisten vastausten osuus (%)		Muutos	Keskiarvot ja muutoksen merkitsevyys			Cronbachin alfa-kertoimet	
	2008 (n = 701–277)	2011 (n = 1174–1210)		2008	2011	p	2008	2011
Tiimityöskentely työyksikössä	68	72	+4	3,62	3,67	0,111	0,754	0,743
Kommunikaation avoimuus	57	55	-2	3,52	3,53	0,753	0,569	0,505
Yksiköiden välinen tiimityö	51	52	+1	3,35	3,22	0,000	0,670	0,718
Työvuorojen vaihdot ja siirtymiset	41	38	-3	3,14	3,08	0,042	0,685	0,702
Lähihoitajan odotukset ja toiminta potilasturvallisuuden edistämiseksi	61	62	+1	3,54	3,57	0,692	0,812	0,813
Johdon tuki potilasturvallisuudelle	28	32	+4	2,93	2,99	0,076	0,790	0,791
Henkilöstömitoitus	44	51	+7	3,07	3,23	0,000	0,634	0,675
Oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa	49	49	0	3,35	3,37	0,730	0,656	0,674
Yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta	37	42	+5	3,01	3,14	0,000	0,734	0,773
Ei-rankaiseva virheiden käsittely	42	51	+9	3,28	3,43	0,000	0,656	0,688
Palautte ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen	36	36	0	3,06	3,15	0,023	0,795	0,759
Vaaratapahdumien raportointi	41	47	+6	3,13	3,28	0,001	0,812	0,794
YHTEENSÄ	46	49	+3	3,26	3,30	0,047	0,920	0,923

1 = täysin eri mieltä 2 = eri mieltä 3 = vaikeaa sanoa 4 = samaa mieltä 5 = täysin samaa mieltä
Tilastollisesti merkitsevä ero jos p < 0,05

Vaaratapahtumien raportointi lisääntyi tilastollisesti merkitsevästi kolmen vuoden aikana ($p = 0,000$). Vuonna 2008 62,3 % sairaanhoitajista ei ollut raportoinut yhtään vaaratapahtumaa viimeisen kahdentoista kuukauden aikana, kun taas ei-raportoineiden osuus vuonna 2011 oli enää 38,1 %. Useampi kuin joka kolmas (36,5 %) oli tehnyt 1–2 raporttia vuonna 2011, kun vuonna 2008 vastaavasti oli raportoinut joka viides (20,7 %). (Taulukko 4.)

Pohdinta

Keskeisten tulosten tarkastelua

Tutkimuksessa käytettiin kansainvälisesti testattua potilasturvallisuuskulttuurin arviointimittaria ja raportoituihin saatuja tuloksia ensimmäistä kertaa Suomessa mahdollistaen siten tulosten kansainvälisen vertailun. Potilasturvallisuuskulttuuria arvioitiin sairaanhoitajien näkökulmasta korostaen siten käytännön hoitamisen tasoa, mitä voidaan pitää potilasturvallisuuden arvioinnin kannalta perusteltuna valintana (Page 2004).

Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat arvioivat potilasturvallisuuskulttuuria varsin kriittisesti. Potilasturvallisuuskulttuurin 12 osa-alueella tapahtui kuitenkin kokonaisuutena siirtymää potilasturvallisuuden kannalta myönteisempään suuntaan kolmen prosenttiyksikön verran (46 % vs. 49 %). Verrattaessa kansainvälisten tutkimusten tuloksiin potilasturvallisuuden taso on meillä jonkin verran kriittisempi kuin esimerkiksi USA:ssa, jossa se oli satoja USA:n sairaaloita koskevassa AHRQ:n kyselyssä 64 % (Sorra ym. 2014) ja USA:n teho-osastoja koskevassa tutkimuksessa 52 % (Armellino ym. 2010). Tulosten eroja selittää potilasturvallisuuskulttuurin arvioinnin ja kehittämisen pidemmät perinteet ja konkreettisten potilasturvallisuuden käytänteiden toteuttaminen. Käytäntönä esimerkiksi johdon jalkautumiset säännöllisesti hoitoyksiköihin keskustelemaan potilaiden ja henkilöstön kanssa ja tarkastamaan potilasturvallisuustuloksia (Sexton ym. 2014).

Potilasturvallisuuskulttuuria osa-alueittain tarkastellen vahvimmat osa-alueet liittyivät omaa yksikköä ja sen johtamista koskeviin osioihin. Tiimityöskentely työyksikössä

Taulukko 4. Potilasturvallisuuden taso ja raportoidut vaaratapahtumat sairaanhoitajien arvioimana (% keskiarvot) vuosina 2008 ja 2011.

Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alue	2008 (n = 703–718) %	2011 (n = 1200–1208) %	Muutos %	2008 (n = 703) Keskiarvo	2011 (n = 1205) Keskiarvo
Työyksikön potilasturvallisuuden taso				3,36 p = 0,233	3,34
Ei hyväksyttävä	1,0	0,2	-0,8		
Huono	7,8	5,1	-2,7		
Hyväksyttävä	49,2	58,2	+9,0		
Erittäin hyvä	38,3	33,6	-4,6		
Erinomainen	3,7	2,9	-0,8		
Vaaratapahtumien raportointi viimeisen 12 kuukauden aikana				1,64 p = 0,000	1,98
Ei raportointia	62,3	38,1	-24,2		
1–2 raporttia	20,7	36,5	+15,8		
3–5 raporttia	11,0	16,8	+5,8		
6–10 raporttia	3,2	5,8	+2,6		
11 raporttia tai enemmän	2,8	2,8	0		

koettiin toimivaksi, 68–72 %:n (2008 vs. 2011) arvioidessa sitä myönteisesti. Taso on lähellä kansainvälisissä tutkimuksissa esitettyjä tuloksia; 70 % – 82 % (Aboshaiqah & Baker 2013, Armellino ym. 2010, Ballangrud ym. 2012, Sorra ym. 2014). Myös lähijohtajan toimintaa ja odotuksia potilasturvallisuudessa arvioitiin tutkimuksessamme kohtalaisen myönteisesti molempina vuosina (61–62 %). Kansainvälisesti arvioinnit ovat edellä mainituissa tutkimuksissa välillä 49–75 %. Oman työyksikön sisällä arviot potilasturvallisuuskulttuurin toteutumisesta ovat myönteisempiä kertoen mahdollisesti siitä, että toiminta siellä on hallittavampaa kuin toimittaessa oman yksikön ulkopuolella, varsinkin mikäli organisaatiossa ei ole käytössä vakiintuneita toimintatapoja esimerkiksi potilaan tunnistamisessa.

Kriittistä arviointia sai osakseen sairaalan johdon tuki potilasturvallisuudelle, arvioiden ollessa tutkimusvuosina 28 % ja 32 % (2008 vs. 2011). Kehitystä oli kuitenkin tapahtunut seuranta-aikana myönteiseen suuntaan. Kansainvälisesti vertaillen arviot vaihtelevat suuresti. Esimerkiksi Norjan teho-osastojen sairaanhoitajat arvioivat johdon tukea vastaavasti myös varsin kriittisesti (26 %) (Ballangrud ym. 2012), kun taas Saudi Arabiassa arviot olivat erittäin myönteiset (90 %) (Aboshaiqah & Baker 2013), ja USA:n sairaaloita koskevassa kyselyssä 68 % (Sorra ym. 2014). Johdon sitoutumisen on todettu vaikuttavan merkittävästi potilasturvallisuuskulttuuriin, ja sitä pidetäänkin keskeisenä edellytyksenä sen kehittämiseksi (Feng ym. 2011). On selvää, että tämä osa-alue vaatii vahvistamista ja johdon roolin näkyväksi tekemistä potilasturvallisuuden edistämiseksi.

Työvuorojen vaihdot ja siirtymiset osa-alue oli ainoa, jossa arvioinnit kehittyivät seurantajaksolla kielteiseen suuntaan (41%, vs. 38 %). Arviot olivat samaa tasoa kuin Norjassakin, mutta selvästi heikommalla kuin muissa kansainvälisissä tutkimuksissa, joissa ne olivat tasolla 43–57 % (Armellino ym. 2010, Sorra ym. 2014, Ballangrud ym. 2012). Tarvitaan yhteneviä toimintamalleja takamaan turvallista hoitoa henkilöstön vaihtuessa ja potilaiden siirtyessä toisiin yksi-

köihin, sillä ne ovat potilasturvallisuuden jatkuvuuden kannalta kriittisiä tilanteita.

Henkilöstömitoituksen osa-aluetta arvioitiin myös tutkimuksessa kohtalaisen kriittisesti (44–51 %), mutta huomioitavaa on, että tällä osa-alueella tapahtui arvioinneissa selkeää kehitystä myönteiseen suuntaan. Taso lähenee jo kansainvälisiä tuloksia, ja ollen jo edelläkin joitakin, 39 % (Armellino ym. 2010), 54–62 % (Aboshaiqah & Baker 2013, Ballangrud ym. 2012, Sorra ym. 2014). Perinteisesti henkilöstömitoitusta on arvioitu usein riittämättömäksi ja potilasturvallisuuskulttuurin kannalta heikoksi osa-alueeksi (Pietikäinen ym. 2008), ja siihen onkin suhtauduttava vakavasti, sillä riittävä ja osaava henkilöstö on tärkeä tekijä potilasturvallisuuden kannalta (Sammer ym. 2010). Näyttöön perustuvaa henkilöstömitoituksen arviointia ja toteutusta onkin tehty tutkimusorganisaatioissa, mikä on saattanut vaikuttaa arviointien myönteisempään kehitykseen (vrt. Pitkäaho ym. 2011).

Vaaratapahtumien raportointiaktiivisuus lisääntyi selvästi seuranta-ajanjaksolla, ja vuonna 2011 useampi kuin joka kolmas oli tehnyt 1–2 HaiPro-ilmoitusta, kun aiemmin niin oli tehnyt vain joka viides. HaiPro -vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käytön vakiintuminen sairaalassa selittää tätä tulosta. Ei-rankaisevalla ilmapiirillä ja vaaratapahtumien raportoisella onkin todettu positiivinen yhteys (Snijders 2009). Palautetta ja kommunikaatiota sairaanhoitajat arvioivat molempina vuosina varsin kriittisesti (36 %), mikä tulos on selvästi alhaisemmalla tasolla kuin kansainvälisissä tutkimuksissa (42–67 %) (Ballangrud ym. 2012, Armellino ym. 2010, Sorra ym. 2014, Aboshaiqah & Baker 2013).

Pysyvän kulttuurimuutoksen aikaansaaaminen on hidaskäyttöinen prosessi ja kestää vuosia, eikä ole tarpeen tehdä liian tiheästi mittauksia. AHRQ suosittelee noin kahden vuoden välein tehtäviä kyselyjä (Sorra ym. 2014). Tässä tutkimuksessa mittausväli oli kolme vuotta, mikä oli tarkoituksenmukainen tutkimusorganisaatioiden kannalta.

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Tutkimusaineisto kerättiin yhden yliopistosairaalan ERVA-alueen neljän sairaalan sairaanhoitajilta sähköisellä kyselyllä kahdesti kolmen vuoden välein. Kyselyyn rekrytoinnissa oli pieniä eroja sairaaloittain, koska kyselystä tiedottamisessa ja kyselyn toteutuksessa huomioitiin kunkin organisaation vakiintuneet käytänteet mahdollisimman laajan vastaajakunnan tavoittamiseksi.

Matala vastausprosentti on tavallinen ongelma sähköisissä kyselyissä (Kvist ym. 2013). Tässä tutkimuksessa tuli kuitenkin esille vastausaktiiviteetin lisääntyminen alku- ja uusintamittausten välillä, siten, että toisessa kyselyssä vastaajia oli selvästi enemmän kuin ensimmäisessä (n = 722, vastausprosentti 16, vs. n = 1210, vastausprosentti 26 %). Jatkossa vastausaktiiviteetin nostoa on tavoiteltava aktiivisesti varmistuen, että muutokset mittaustuloksissa ovat pysyviä, eivätkä johdu vastaajien vaihtumisista (Sorra ym. 2014).

Tässä tutkimuksessa vastaajien taustatiedot eivät pääsääntöisesti poikenneet toisistaan eri tutkimusvuosina. Ainoastaan toimenpide- ja tutkimusyksiköissä vastaamisaktiiviteetti lisääntyi selvästi jälkimmäisessä mittauksessa, mikä on saattanut vaikuttaa myös tuloksiin, ja on näin ollen otettava huomioon niitä arvioitaessa. Tämän tyyppisessä palvelujärjestelmä tutkimuksessa vastaajat eivät yleensä ole täysin samoja eri vuosina henkilöstön vaihtuessa eri syistä.

Tutkimuksessa käytettiin luotettavaa kansainvälistä, laajassa käytössä olevaa sairaalan potilasturvallisuuskulttuurin mittaria. Mittarin sisäistä johdonmukaisuutta arvioitiin osioittain Cronbachin alfa-kertoimella. Vuonna 2008 alfa-kertoimet olivat välillä 0,569–0,812 ja vuonna 2011 0,505–0,813. HSPSC-mittarin käsikirjan mukaan 0,6 tai yli menevät arvot ovat hyväksyttäviä (Sorra & Nieva 2004). Ainoastaan yhden osa-alueen 'kommunikaation aivoisuus' alfa-arvo jäi hieman alle 0,6, joten kokonaisuutena mittarin sisäistä johdonmukaisuutta voidaan pitää hyvänä. Koko mittarin kohdalla arvot olivat molempina vuosina hyvällä tasolla, 0,920 ja 0,923 (Taulukko 3).

Johtopäätökset ja tulosten hyödynnettävyys

Johtopäätöksinä voidaan todeta, että sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri erikoissairaanhoidossa vaatii vielä kehittämistä kaikilla potilasturvallisuuskulttuurin eri osa-alueilla. Kuitenkin tulosten perusteella näyttää siltä, että potilasturvallisuuskulttuurissa on tapahtunut kolmen vuoden aikana myönteistä kehitystä. Tätä tietoa voidaan pitää rohkaisuna ja kannustuksena aktiivisten ja systemaattisten kehittämistoimien ja jatkuvan potilasturvallisuuskulttuurin arvioinnin puolesta terveydenhuollon organisaatioissa.

Työyksikkötason osa-alueilla potilasturvallisuuskulttuuria arvioidaan myönteisemmin kuin sairaalatason osa-alueilla. Oman työyksikön potilasturvallisuuden tason arvioinnissa oltiin kuitenkin kokonaisuutena uusintamittauksessa hieman kriittisempiä kuin ensimmäisessä. Tämä saattoi johtua huomion kiinnittämisestä asiaan organisaatioissa potilasturvallisuusasioiden noustessa enemmän keskusteluun ja tietoisuuden kasvassa.

Sairaanhoitajat arvioivat myönteisimmin yhteistyöhön ja kriittisimmin vaaratapahtumiin liittyviä osa-alueita. Yksikään potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueista ei täyttänyt vahvan osa-alueen kriteeriä, 75%:n ylittävää myönteisen arvioinnin osuutta. Jatkossa potilasturvallisuuskulttuuriin ja sen kokonaisvaltaiseen vahvistamiseen tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä ja vahvistaessa sairaalaorganisaatioiden potilasturvallisuuskulttuuria niin sairaaloiden ylemmillä organisaatiotasoilla kuin yksikkötasollakin. Erityisesti tulee kehittää vaaratapahtumiin liittyvää kommunikaation ja palautteen systemaattisuutta, sekä johdon tietoista vastuunottoa potilasturvallisuuskulttuurin johtamisessa.

VASTUUALUEET:

Tutkimuksen suunnittelu: PP, ET, HT, aineistonkeruu: RM, HT, PP, aineiston analysointi: ET, PP, HT, RM, TK, käsikirjoituksen kirjoittaminen: ET, PP, HT, käsikirjoituksen kriittinen kommentointi: PP, HT, RM, TK, MM, KV-J.

LÄHTEET

- Aboshaiqah A & Baker O. 2013. Assessment of nurses' perceptions of patient safety culture in Saudi Arabia Hospital. *Journal of Nursing Care Quality* 28 (3), 272–280.
- AHRQ. 2014. Agency for healthcare research and quality. www.ahrq.gov/ / 17.11.2014.
- AHRQ Patient Safety Network. 2014. Agency for healthcare research and quality. <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=5> / 17.11.2014.
- Armellino D, Quinn Griffin MT & Fitzpatrick JJ. 2010. Structural empowerment and patient safety culture among registered nurses working in adult critical care units. *Journal of Nursing Management* 18 (7), 796–803.
- Ballangrud R, Hedelin B & Hall-Lord ML. 2012. Nurses' perceptions of patient safety climate in intensive care units: a cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing* 28 (6), 344–354.
- EUNetPaS. 2010. *Use of patient safety instruments and recommendations*. The European network for patient safety. http://ns208606.ovh.net/~extranet/images/EUNetPaS_Publications/eunetpas-report-use-of-psci-and-recommendations-april-8-2010.pdf. 17.11.2014.
- Feng XQ, Acord L, Cheng YJ, Zeng JH & Song JP. 2011. The Relationship between management safety commitment and patient safety culture. *International Nursing Review* 58 (2), 249–254.
- Groves PS, Meisenbach RJ & Scott-Cawiezell J. 2011. Keeping patients safe in healthcare organizations: structuration theory of safety culture. *Journal of Advanced Nursing* 67 (8), 1846–1855.
- Hellings J, Schrooten W, Klazinga N & Vleugels A. 2007. Challenging patient safety culture: survey results. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 18, 292–296.
- Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A & Marshall M. 2007. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Quality Safety Health Care* 16 (4), 313–320.
- Kohn L, Corrigan J & Donaldson M. 1999. *To Err Is Human*. Institute of Medicine. National academy press: Washington D.C.
- Kvist T, Mäntynen R, Turunen H, Partanen P, Miettinen M, Wolf GA & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. How magnetic are Finnish hospitals measured by transformational leadership and empirical quality outcomes. *Journal of Nursing Management* 21 (1), 152–164.
- Morath J. 2011. Nurses create a culture of patient safety? It takes more than projects. *Online Journal of Issues in Nursing* 16 (3), 1.
- Page A. 2004. (ed.) *Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses*. Institute of Medicine of the National Academies. National Academy Press, Washington D.C.
- Parand A, Dopson S, Renz A & Vincent C. 2014. The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ Open* 4, 1–15. e005055. doi: 10.136/bmjopen-204-005055.
- Pasternack A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Duodecim* 122, 2459–2470.
- Pietikäinen E, Reiman T & Oedewald P. 2008. *Turvallisuuskuultuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa*. Technical Research Centre of Finland. VTT julkaisuja. Edita Prima, Helsinki.
- Pitkääho T, Ryyänänen OP, Partanen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2011. Data-based nurse staffing indicators with Bayesian networks predict nurse job satisfaction: A pilot study. *Journal of Advanced Nursing* 67 (5), 1053–1066.
- Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin tutkimuseettinen toimikunta 2007. Lausunto (46/2007, 66§/2010).
- Reiman T, Pietikäinen E & Oedewald P. 2009. *Potilasturvallisuuskuultuuria kehittämällä huomio turvallisen työnteon edellytyksiin*. Kirjassa Kinnunen M & Peltomaa K (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen Graafiset palvelut.
- Rintanen H, Vuorenkoski L & Hämäläinen P. 2010. Voidaanko häittävaikutusten kirjaamista tehostaa? *Suomen Lääkäreilehti* 65 (12), 1131–1132.
- Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA & Lackan NA. 2010. What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship* 42 (2), 156–165.
- Sexton JB, Sharek PJ, Thomas EJ, Gould JB, Nisbet CC, Amspoker AB, Kowalkowski MA, Schwendimann R & Profit J. 2014. Exposure to leadership walk-rounds in neonatal intensive care units is associated with better safety culture and less caregiver burnout. *BMJ Quality & Safety* 23 (10), 814–822.
- Smits M, Wagner C, Spreeuwenberg P, van der Wal G & Groenewegen PP. 2008. Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level. *Quality Safety Health Care* 18 (4), 292–296.
- Snijders C, Boudewijn JK, van Lingen RA, Fetter WPF & Molendijk H. 2009. Which aspects of safety culture predict incident reporting behaviour in neonatal intensive care units? A multilevel analysis. *Critical Care Medicine* 37 (1), 61–67.
- Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Smith S, Wilson S & Liu H. 2014. *Hospital survey on patient safety culture: 2014 user comparative database report*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Publication No. 14-0019-EF.
- Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Smith S, Liu H & Ragan M. 2012. *Hospital survey on patient safety culture: 2012 user comparative database report*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Publication No. 12-0017.
- Sorra J & Dyer N. 2010. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research* 10, 199.
- Sorra J & Nieva V. 2004. *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. AHRQ Publication No. 04-0041. MD: Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville.

- STM. 2011. *Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunballinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta*. 341/2011. Sosiaali- ja terveysministeriö, STM. Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>. 17.11.2014.
- STM. 2009. *Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013*. Sosiaali- ja terveysministeriö, STM. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3.
- TENK. 2012. *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Tutkimuseettinen neuvottelukunta, TENK. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. 17.11.2014.
- Terveydenhuoltolaki. 2010. *Terveydenhuoltolaki* 30.12.2010/1326. Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. 17.11.2014.
- THL. 2011. *Potilasturvallisuusopas*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. Juvenes Print. Tampereen yliopistopaino.
- Turunen H, Partanen P, Kvist T, Miettinen M & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Patient safety culture in acute care: A web-based survey of nurse managers' and registered nurses' views in four Finnish hospitals. *International Journal of Nursing Practice* 19 (6), 609–617.
- UEF. 2014. *Vetovoimainen ja turvallinen sairaala -hanke*. Itä-Suomen yliopisto, UEF. Hoitotieteen laitos. <http://www.uef.fi/fi/hoitot/vetovoimainen-ja-turvallinen-sairaala-hanke>. 17.11.2014.
- WHO. 2014. *Patient safety*. World health organization. <http://www.who.int/patientsafety/en/> 17.11.2014.

Elina Turunen, TtM, TtT-opiskelija, projektikoordinaattori, Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopistollinen sairaala, PL 100, 70029 KYS, elina.turunen@kub.fi

Raija Mäntynen, TtT, tutkija, Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos, PL 1627, 70211 Kuopio, raija.mantynen@uef.fi

Tarja Kvist, TtT, yliopistotutkija, Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos, PL 1627, 70211 Kuopio, tarja.kvist@uef.fi

Merja Miettinen, FT, dosentti, ballintoylihoitaja, Kuopion yliopistollinen sairaala, PL 100, 70029 KYS, merja.miettinen@kub.fi

Katri Vehviläinen-Julkunen, THT, professori, ylihoitaja (sv), Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopistollinen sairaala, PL 100, 70029 KYS, katri.vehvilaainenjulkunen@uef.fi

Hannele Turunen, TtT, professori, ylihoitaja (sv), Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopistollinen sairaala, PL 100, 70029 KYS, hannele.turunen@uef.fi

Pirjo Partanen, TtT, yliopistonlehtori, Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos, PL 1627, 70211 Kuopio, pirjo.partanen@uef.fi